MassHealth
Commonwealth of Massachusetts
EOHHS

Suplemento para atención a largo plazo

For office use only

Date received:

Por favor lea detenidamente la guía ***MassHealth y usted*** antes de completar este suplemento. Si está solicitando afiliación a MassHealth para servicios de atención a largo plazo, complete este suplemento (o sea, este formulario azul) y envíelo al Centro de inscripción de MassHealth que se especifica en la carta que recibió con este suplemento.

Por favor escriba en letra de molde legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada y adjúntela a este formulario.

Datos sobre el solicitante/afiliado

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social

▶ ¿Tiene que pagar gastos de guardián o tutor por un guardián asignado por un tribunal? ☐ sí ☐ no

Gastos del diario vivir del cónyuge y de parientes que viven en casa

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos del diario vivir actuales de su cónyuge.

Si no tiene cónyuge, pase a la siguiente sección ***(Seguro de atención a largo plazo).***

✉ **Envíe prueba** de los gastos actuales del diario vivir de su cónyuge.

▶ 1. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por concepto de:

Alquiler?	Hipoteca (capital e intereses)?	Seguro de propiedad o de inquilino?	Impuestos catastrales (por bienes raíces)?	Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa?	Comida y alojamiento en una vivienda con servicios asistenciales?
$	$	$	$	$	$

▶ 2. ¿Su cónyuge paga la calefacción? ☐ sí ☐ no

▶ 3. ¿Su cónyuge paga los públicos (agua, luz, gas, etc.)? ☐ sí ☐ no

▶ 4. ¿Un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana vive(n) con su cónyuge? ☐ sí ☐ no

Si contestó sí, complete esta sección.

Si contestó no, pase a la siguiente sección ***(Seguro de atención a largo plazo).***

✉ **Envíe prueba** de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones.

Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos del diario vivir de ellos. Estas personas tienen que ser parientes suyos o de su cónyuge. Además, usted o su cónyuge tiene que declararlas como persona a cargo en su declaración (planilla) de impuestos federales.

Nombre	Número de Seguro Social	Parentesco	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual, antes de deducciones
			/ /	$
			/ /	$

Seguro de atención a largo plazo

▶ ¿Usted o su cónyuge tiene seguro de atención a largo plazo? ☐ sí ☐ no

Si contestó sí, complete esta sección.

Si contestó no, pase a la siguiente sección ***(Bienes raíces).***

✉ **Envíe prueba** de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza	Nombre del pólizahabiente	Fecha en que entró en vigor	Cantidad de la prima
		/ /	$
		/ /	$

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un activo o bien; o (2) si se le debe colocar un gravamen o prenda a sus bienes raíces. Su hogar no se va a contabilizar si usted piensa regresar al mismo. Su hogar puede estar sujeto a un gravamen o prenda. Sin embargo, si cuando usted ingresa a un centro de atención a largo plazo, cuenta con un seguro de atención a largo plazo que cumpla con ciertos requisitos, su hogar no se considerará contabilizable, tenga usted o no la intención de regresar al mismo.

▶ 1. ¿Usted o su cónyuge tiene derechos legítimos por su hogar, incluso un dominio vitalicio? ☐ sí ☐ no

Si contestó sí, complete la siguiente información y conteste las preguntas 2 a 4.
Si contestó no, conteste la pregunta 4 solamente.

Nombre y dirección de la persona o personas en los documentos de propiedad	Descripción y dirección del bien raíz	Valor normal de mercado
		$
		$

▶ 2. ¿Tiene usted...	***Si contestó sí,*** complete esta columna y la siguiente.	¿Esta persona vive en su casa?
cónyuge? ☐ sí ☐ no	Nombre:	☐ sí ☐ no
un niño ciego, o con discapacidad total permanente? ☐ sí ☐ no	Nombre:	☐ sí ☐ no
un hijo menor de los 21 años de edad? ☐ sí ☐ no	Nombre: Fecha de nacimiento: / /	☐ sí ☐ no
un hermano o hermana que posea derechos legítimos sobre el domicilio y que haya vivido en el mismo por lo menos durante el año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica? ☐ sí ☐ no	Nombre:	☐ sí ☐ no
un hijo o hija que ha vivido en el domicilio durante por lo menos dos años antes de que usted ingresara en una institución médica y el hijo o hija le dio a usted atención que le permitió a usted vivir en casa? ☐ sí ☐ no	Nombre:	☐ sí ☐ no
un pariente a su cargo? ☐ sí ☐ no	Nombre: Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia:	☐ sí ☐ no

▶ 3. ¿Usted tiene la intención de regresar a su hogar? ☐ sí ☐ no

▶ 4. ¿Usted o su cónyuge tiene derechos legítimos sobre otros bienes raíces que no figuren en el Nº 1 de arriba? ☐ sí ☐ no

Si contestó sí, describa el bien e indique a continuación su dirección.

_____

_____

_____

Por favor pase a la siguiente página. ▶

Transferencias de recursos (incluyen ingresos y bienes)

1. En los últimos 36 meses:

   a. ¿usted o su cónyuge, o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia de ingresos o del derecho a percibir ingresos? ☐ sí ☐ no

   b. ¿usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia, cambió la propiedad, obsequió o vendió algún bien, incluso su hogar u otro bien raíz? ☐ sí ☐ no

   c. ¿usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, cambio la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, inclusive la creación de un documento de dominio vitalicio? ☐ sí ☐ no

   d. ¿usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, agregó otro nombre a una escritura de algún bien de propiedad suya? ☐ sí ☐ no

   e. ¿usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, otorgó a alguien una hipoteca o algún pagaré respaldado por un bien de propiedad suya? ☐ sí ☐ no

2. En los últimos 60 meses, ¿algún bien a su disposición o de su propiedad, ha sido transferido desde o hasta un un fideicomiso del cual usted o su cónyuge es o ha sido beneficiario, fideicomisario u otorgante? ☐ sí ☐ no

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas de arriba, tiene que completar lo siguiente.

Descripción del bien o ingreso	Fecha de transferencia	Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia
	/ /			$
	/ /			$
	/ /			$

3. ¿Usted o su cónyuge o alguien a nombre suyo ha hecho un depósito a un centro residencial o de atención médica, como una residencia con servicios asistenciales? ☐ sí ☐ no

   Si contestó ***sí***, dé el nombre y la dirección del centro, la cantidad del depósito y conteste las siguientes preguntas.

Nombre de la institución	Dirección de la institución	Cantidad
		$

   a. ¿El centro todavía tiene en su poder el depósito? ☐ sí ☐ no

   b. ¿El centro devolvió el depósito? ☐ sí ☐ no

   Si contestó ***sí***, dé el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por el centro.

Nombre	Dirección

Planillas de impuestos

¿Usted o su cónyuge hizo declaraciones (planillas) de impuestos federales en los últimos dos años? ☐ sí ☐ no

✉ ***Si contestó sí***, tiene que **enviar copias** de estas declaraciones. Si no guardó copias de sus planillas de impuestos de los últimos dos años, **tiene que completar, firmar, y enviar el Formulario 4506 al Servicio de impuestos internos**. El Formulario 4506 se incluye como parte del Suplemento para atención a largo plazo, si usted necesita hacer uso de el.

Usted debe leer la próxima página cuidadosamente y firmar. ▶

Certifico, bajo pena de perjurio, que, a mi leal entender, la información dada en este formulario es correcta y está completa. Entiendo que esta información se utilizará para determinar si puedo obtener o seguir recibiendo el pago de los servicios de atención a largo plazo por parte de MassHealth. Entiendo también que tengo que dar constancia de la información dada en este formulario y reportar cualquier cambio que se suscite, dentro de los 10 días posteriores al cambio.

Si al llenar el presente formulario usted actúa a nombre de otra persona, también deberá llenar y devolver, junto con el presente, el formulario MassHealth Designación de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos. Su firma en este formulario en calidad de representante para la determinación del cumplimiento de requisitos, certifica que, a su leal entender, la información contenida en el es correcta y está completa.

X _____ _____

Firma del solicitante/afiliado o representante para la determinación del cumplimiento de requisitos — Fecha

X _____ _____

Firma del cónyuge del solicitante/afiliado — Fecha